

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

N°

111

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue par

ANDRÉ-ARMAND DE SAINT FUSCIEN

Né à Grandvilliers (Oise)

le 25 Janvier 1893

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

Ses rapports avec la Syphilis

PRÉSIDENT :

M. le Professeur COUVELAIRE, Professeur de Clinique
obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction Publique

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

BEAUVAIS. — Imprimerie :: Librairie :: Papeterie PRÉVOT, 29, Rue Saint-Pierre

1921

111

Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'Accouchement prématuré spontané

Ses rapports avec la Syphilis

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

N°.....

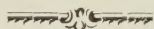
THÈSE
pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue par

ANDRÉ-ARMAND DE SAINT FUSCIEN

Né à Grandvilliers (Oise)

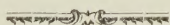
le 25 Janvier 1893



L'ACCOUCHEMENT
PRÉMATURÉ
SPONTANÉ



Ses rapports avec la Syphilis



PRÉSIDENT :

M. le Professeur COUVELAIRE, Professeur de Clinique
obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction Publique



*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les différentes parties de l'enseignement médical*



BEAUVAIS. — Imprimerie :: Librairie :: Papeterie PRÉVOT, 20, Rue Saint-Pierre

1921

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	RENON.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOUT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	Laignet-Lavastine	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, mon premier maître

Docteur E. DE SAINT FUSCIEN

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur HUTINEL.

Monsieur le Professeur NOBÉCOURT.

Monsieur le Professeur agrégé DEMELIN.

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE.

A mes Maîtres à l'Hôtel-Dieu d'Amiens

Monsieur le Docteur MOULONGUET.

Monsieur le Docteur BRAILLON (in memoriam).

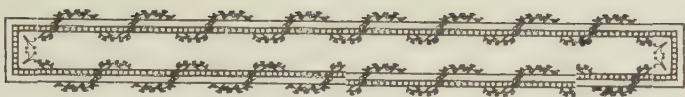
Monsieur le Docteur COURTELLEMONT (in memoriam)

Monsieur le Docteur CHARRON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

*Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction Publique.*



L'Accouchement prématuré spontané

Ses rapports avec la Syphilis

INTRODUCTION

Au cours de ce travail, nous nous occuperons spécialement de l'accouchement prématuré spontané, c'est-à-dire de celui qui survient à partir du septième mois de la grossesse, où mieux, à partir du moment où le fœtus est viable.

Nous rechercherons tout d'abord les causes les plus habituelles de cet accident.

A l'aide de nombreuses observations que nous avons recueillies au cours de notre long stage hospitalier à la Maternité de Lariboisière, nous nous efforcerons d'indiquer quelle est la fréquence ou plutôt le pourcentage de la syphilis, de l'albuminurie, de l'insertion basse du placenta, enfin celui des causes diverses et des causes inconnues.

Suivant les conseils de notre maître, Monsieur le professeur agrégé Demelin, nous nous sommes

astreints à rechercher « si la clinique ne désignait pas un ensemble symptomatique qui distingue dans une mesure plus ou moins précise l'accouchement prématuré syphilitique des autres accouchements prématurés ».

Nous avons pensé comme l'ont fait tant d'autres, que l'arrière faix pourrait nous donner à cet égard quelques précisions.

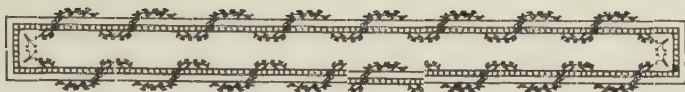
Nos recherches nous ont permis d'établir, le rapport qui existe entre le poids du fœtus et celui du placenta, lorsque l'interruption prématurée de la grossesse n'est pas due à la syphilis, à l'albuminurie ou à toute cause pouvant modifier l'œuf ou le produit de conception.

Laissant de côté les avortements imputables à la syphilis, particulièrement fréquents au deuxième et quatrième mois, et qui indiquent une évolution intense du « vice vénérien » ; nous avons étudié le même rapport, alors que la syphilis un peu moins virulente, tue cependant l'enfant « in utero » ou le fait naître prématurément porteur ou non de stigmates d'hérédoinfection.

Dans le même ordre d'idées, nous avons essayé de nous représenter l'état du fœtus et celui du placenta.

Reprenant enfin l'étude des causes inconnues, nous avons constaté qu'un très grand nombre de ces interruptions précoces de la grossesse s'accompagnaient d'un placenta notablement trop lourd.

Nous nous sommes posé la question de savoir si, sans manifestation actuellement apparente de l'hérédosyphilis, l'hypertrophie placentaire, jointe à la prématurité ne permettait pas dans une certaine mesure d'établir le diagnostic de spécificité latente.



HISTORIQUE

Un travail sur l'accouchement prématuré, n'a pas l'avantage d'être neuf, aussi rappellerons-nous d'une façon rapide, une partie des nombreux travaux qui, depuis longtemps déjà, ont été faits sur ce sujet.

Nous noterons les traités d'accouchement, dont les auteurs se sont intéressés à la question. Tels sont les ouvrages de Cazeaux, Charpentier, Tarnier et Chantreuil, Farabœuf et Varnier, Bibemont Dessaignes et Lepage, Budin et Demelin, Bar et Brindeau, ainsi que les précis d'obstétrique de Maygrier et Wallich.

Nous noterons toutefois, que ces auteurs, en dehors de la description de cet accouchement en miniature, nous reportent pour les causes, à l'avortement des premiers mois.

CHAPITRE PREMIER

Causes les plus fréquentes de l'Accouchement prématuré spontané

Syphilis

A l'heure actuelle il est universellement reconnu que la syphilis est la cause primordiale de l'accouchement prématuré spontané.

D'ailleurs la notion de l'influence de la syphilis sur la grossesse est presque aussi ancienne que la connaissance de la syphilis elle-même.

Ce n'est cependant qu'au XVIII^e siècle qu'Asturc étudie pour la première fois les conditions de la syphilis des nouveau-nés.

Avec le début du XIX^e siècle, Lagneau ⁽¹⁾ considère « l'existence du vice vénérien comme une simple cause prédisposante d'avortement, qui dans le plus grand nombre de cas, ne peut à elle seule le déterminer sans le concours d'une cause accidentelle ou efficiente, telle qu'une chute, la danse,

(1) La maladie vénérienne 1815, Gab.

etc..., c'est aussi pourquoi on voit ces espèces de fausses couches à toutes les époques de la grossesse. Quand à l'avortement spontané qui est heureusement plus rare c'est communément pendant les premiers mois de la gestation et assez souvent aux époques qui répondent à celles de l'apparition des menstrues, qu'il survient chez la femme affectée de syphilis. Le 2^e mois surtout est un des plus dangereux. Quelquefois cependant, ce n'est que dans le courant du 6^e au 7^e mois que ce fâcheux accident a lieu ».

Avec l'ère contemporaine « l'influence abortive et fœticide de la syphilis est surtout répandue et vulgarisée par le professeur Fournier. Son champ d'action s'agrandit considérablement, ce n'est pas seulement lorsqu'elle est en activité qu'elle exerce son œuvre néfaste, mais alors même qu'elle semble éteinte, elle existe cependant en puissance, et, à l'occasion d'une grossesse, se révèle à nouveau en marquant son empreinte sur le produit de la conception. »

Enfin les travaux de Barthélemy, d'Edmond Fournier, de Farnowski, montrent que l'influence de la syphilis s'étend à plusieurs générations.

Ayant constaté que « La vérole est de toute les maladies éelle qui provoque le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas âge, ⁽¹⁾ » nous avons fait une étude statistique qui nous a permis de trouver 78 cas sur 260 accouchements spontanés prématurés où la syphilis pouvait être incontestablement incriminée. En exprimant ces résultats sous la forme d'un rapport nous retrouvons sur 260 accouchements prématurés, la morbidité spécifique dans 30 % des cas.

Notons en passant que sur 78 cas d'accouchements prématurés syphilitiques, nous avons trouvé 58 macérés pour 20 enfants vivants, c'est-à-dire une moyenne de plus de 22 % de macérés pour une fréquence 7,6 % d'enfants vivants.

(1) Fournier.

Albuminurie

Il semble qu'immédiatement après la syphilis, l'albuminurie entre également pour une forte part comme cause d'interruption prématurée de la gestation.

On admet de plus en plus que l'albuminurie constatée au cours de la grossesse est moins la manifestation d'une toxémie gravidique qu'un symptôme de l'altération du filtre rénal.

En effet elle s'accompagne généralement de rétention chlorurée, souvent d'hypertension, sauf dans la tuberculose, quelques fois, comme nous l'avons constaté par nous-même : d'azotémie.

A côté de ces rétentions, qui peuvent à elles seules causer de graves accidents et l'interruption de la grossesse, il existe à n'en pas douter celle des poisons, dont nous ne pouvons matériellement faire la preuve et qui peuvent mettre en jeu la contractilité de l'utérus gravide.

L'étude statistique nous a donné 22 cas sur 260 accouchements prématurés, dans lesquels une albuminurie manifeste pouvait être mise en cause. Soit une proportion de 8,3 % des cas.

Insertion basse du placenta

L'insertion basse du placenta, étudiée par Brion dans sa thèse de 1892, comme cause de l'avortement ; peut également dans une proportion notable être le point de départ de l'interruption prématurée de la grossesse. En effet, sur 260 accouchements prématurés nous trouvons 20 cas soit 7,6 % des cas dans lesquels l'insertion vicieuse peut être invoquée.

Causes diverses

Parmi les causes diverses qui interrompent la gestation nous avons noté : la bacillose dans 2,3 % des cas, les intoxications, les traumatismes, les septicémies, les interventions sur l'utérus gravide, la laparotomie, la grande multiparité, les malformations de l'utérus ; dans ce dernier cas, comme dans la syphilis les accouchements prématurés se font de plus en plus tardivement ; il semble que l'utérus s'accommode de mieux en mieux aux grossesses, et, fait intéressant, la même présentation se retrouve souvent dans les accouchements successifs. On ne constate aucune hypertrophie placentaire et le fœtus ne présente à la naissance, ni ultérieurement aucun stigmate morbide.

Causes inconnues

Il nous reste enfin à compter le nombre d'accouchements prématurés pour lesquels il nous a été impossible d'invoquer une des causes énoncées au cours de ce chapitre.

Cette fréquence d'incertitude, particulièrement élevée, nous a donné un chiffre de 117 sur 260 accouchements prématurés, soit une proportion de 48 %.

CHAPITRE II

Etude de l'Accouchement prématuré spontané d'origine syphilitique

Nous venons de passer en revue les causes qui le plus souvent interrompent prématurément et spontanément la grossesse. Elles diffèrent fort peu de celles données par les classiques sur l'avortement spontané, tout au plus avons nous essayé d'en déterminer la fréquence réciproque, d'une façon consciencieuse et aussi exacte que possible.

Passant sous silence les causes secondaires, nous ferons avec une attention toute particulière, l'étude de l'accouchement prématuré d'origine syphilitique. Nous en avons trouvé la trace formelle dans 30 % des cas et, nous sommes persuadés comme nous tenterons de le démontrer, que ce chiffre reste bien au-dessous de la vérité.

Fidèles à notre plan, nous rechercherons si la clinique ne désigne pas un ensemble symptomatique qui distingue, dans une mesure plus ou moins précise, l'accouchement prématuré syphilitique des autres accouchements prématurés.

A cet effet, nous étudierons comparativement à l'état normal, le rapport qui existe entre le poids du prématuré spécifique et celui de son placenta. Nous essayerons ensuite de nous faire une idée des altérations macroscopiques que présentent le fœtus et l'arrière faix.

Qu'est-ce que l'état normal ?

Ce terme de normal, appliqué au prématuré, nous paraît légèrement impropre, nous devons préciser qu'il s'agit de cas où l'interruption de la grossesse reconnaît des causes incapables de modifier l'œuf et son contenu.

Evaluation de l'âge du prématuré

Pour évaluer l'âge de la conception, nous pensons qu'il est insuffisant de se rapporter à l'interrogatoire de la parturiente. Nous pensons avec Tardieu « que le poids et les dimensions du fœtus, sont plus importants à connaître ».

Nous nous rapporterons pour établir l'âge de nos prématurés aux travaux qui depuis Tourdes ont été entrepris sur ce sujet. Nous prendrons les moyennes de M. Bédou qui dans sa thèse donne : pour la fin du 6^e mois une longueur fœtale de 35 cm. et un poids de 1.000 grammes.

Fin du 7^e longueur 40 cm. Poids 1.800 grammes

Fin du 8^e longueur 45 cm. Poids 2.250 grammes

pour le 9^e longueur 45 à 50 » 2.250 à 3.250 grammes

Ces chiffres diffèrent très peu de ceux donnés par Cazeaux en 1844, Jacquemier 1851, Hecker, Joulin, Bailly, Monoyer, Lacassage, Vibert, etc.

Rapport du poids du fœtus normal à celui de son placenta à la fin du 6^{me}, à la fin du 7^{me}, à la fin du 8^{me} mois de la gestation.

Pour faire cette étude, nous rassemblerons ici même, toutes les observations des accouchements prématurés non imputables à la syphilis et à l'albuminurie. Nous les classerons, comme nous allons le voir, d'après la longueur du fœtus, c'est-à-dire d'après l'âge présumé de la grossesse.

Observations concernant les fœtus d'une longueur moyenne de 35 cm., c'est-à-dire au début du 7^e mois.

Année 1920

N ^o Observation	Parité	Longueur Fœtale	Poids du Fœtus	Poids Placenta	Observations
22	I	38	4580	250	Bacillose
279	II	38	4800	320	Insertion basse
289	I	33	4600	270	Chute
362	VII	38	4450	225	Chute
391	II	38	4360	250	Placenta prævia
572	III	36	4050	320	Chute. - Rupture p éma- turée des membranes

Année 1919

1431	II	38	4500	330	Placenta prævia
1643	I	37	4350	350	Rupture prématurée des membranes
1692	II	35	4300	360	id.
1448	II	38	4750	400	Grippe
506	I	35	4550	350	Placenta prævia
300	XV	37	4500	400	Insertion vicieuse
305	II	32	4500	350	id.

Année 1918

918	III	35	4000	375	Placenta prævia
943	I	36	4300	300	Cystite blennorragique
1029	I	36	4500	370	Placenta prævia

Année 1917

1788	IX	35	4350	300	
------	----	----	------	-----	--

Nous obtenons ainsi une moyenne de 36 cm. de longueur, de 1437 gr. de poids et de 328 gr. de placenta.

Observations concernant le fœtus d'une longueur moyenne de 40 cm., c'est-à-dire à la fin du 7^e mois.

Année 1920

420	I	40	4950	420	Placenta prævia
445	I	43	4740	390	Rupt. prém. membran.
467	V	43	4840	350	Bacillose 39°
240	I	43	4500	250	Bacillose-Laryngite
340	I	43	4900	350	Opération appendicite 2 jours avant
444	I	40	4420	300	Placenta prævia
602	II	42	4500	380	id.
818	I	42	2150	350	Insertion basse
834	I	42	4650	380	Rupt. prém. membran.
838	VI	42	4700	350	Chutes
994	I	42	2400	400	Insertion basse

Année 1919

310	XV	41	4500	400	Insertion vicieuse
404	I	40	4830	450	Grippe

Année 1918

45	I	42	2400	350	Ictère grave
4340	II	40	4880	360	Pneumonie gr. ppale

Année 1917

1839	XI	41	2100	460	Placenta prævia
------	----	----	------	-----	-----------------

Soit une moyenne de 41 cm. 5 de longueur, de 1809 gr. de poids et de 352 gr. 5 de placenta.

Observations concernant les fœtus d'une longueur moyenne de 45 cm., c'est-à-dire à la fin du 8^e mois.

Année 1920

73	I	45	2420	500	Renversée par voiture
210	I	46	2520	450	Bacillaire
476	I	45	2150	370	Après voyage

Année 1919

48	VII	45	2350	370	Placenta prævia
180	I	46	2750	260	Césarienne
470	V	46	2700	300	Insertion vicieuse

Année 1918

937	I	45	2550	550	Grippe
971	I	45	2250	250	Laryngite bacillaire
976	IV	45	2350	440	Placenta prævia
433	III	46	2600	580	id.
4957	I	46	2350	400	Grippe
4882	I	45	2200	460	id.

Année 1917

1808	I	46	2250	450	Utérus cordiforme
------	---	----	------	-----	-------------------

Soit une moyenne de 45 cm. 5 de longueur, un poids moyen de 2420 gr. et un placenta de 414 gr.

Nous constatons d'après cette étude statistique que :

1° Pour un prématuré de 36 cm. c'est-à-dire au début du 7^e mois, le poids est de 1438 gr. et celui du placenta 328 gr., ce qui revient à dire que le poids du placenta est le $\frac{1}{4,3}$ de celui du fœtus.

2° Pour un fœtus de 41 cm. 6, c'est-à-dire au début du 8^e mois, d'un poids de 1809 gr., le placenta est de 352 gr. 5.

Soit un rapport de $\frac{1}{5,1}$

3° Enfin pour un fœtus de 45 cm. 5, c'est-à-dire au début du 9^e mois, d'un poids de 2420 gr., celui du placenta est de 414 grammes.

Soit un rapport de $\frac{1}{5,8}$

Ces chiffres sont très inférieurs aux données classiques sauf pour le début du 9^e mois.

En effet il est établi schématiquement qu'à l'état normal : l'arrière faix au milieu du 3^e mois pèse 4 fois plus que le fœtus, 3 fois plus à 3 mois, 2 fois plus à 4 mois, est à égalité à 4 mois $1/2$, à 5 mois le fœtus à son tour prend le dessus et pèse 2 fois plus que le délivre, 3 fois plus à 6 mois, 4 fois plus à 7 mois, 5 fois plus à 8 mois, enfin 6 fois plus au moment du terme.

Rapport entre le poids du fœtus syphilitique et celui de son placenta

Comme pour l'accouchement prématuré normal, nous recueillerons toutes une série d'observations concernant les interruptions prématurées, à la fin du 6^e, à la fin du 7^e et à la fin du 8^e mois de la grossesse. Pour évaluer l'âge de cette nouvelle catégorie de prématurés nous nous en rapporterons uniquement à leur taille ; celle-ci nous le savons est toujours en rapport avec leur âge. Il n'en est plus de même pour le poids : de nombreuses observations nous permettent de conclure que celui des macérés est nettement inférieur à celui qu'ils devraient avoir. Si la macération est prolongée, la longueur reste la même qu'au moment de la mort et le poids va en diminuant de plus en plus.

Observations concernant les fœtus prématurés syphilitiques d'une longueur moyenne de 35 cm., c'est-à-dire à la fin du 6^e mois de la gestation.

Année 1920

N ^o Observation	Parité	Longueur Fœtale	Poids du Fœtus	Poids du Placenta	Observations
5	II	34	4140	230	Macéré
452	IV	36	4200	230	id.
537	II	33	4800	550	id.
856	X	37	4750	400	id.
995	I	37	4300	300	id.
1688	I	35	4550	550	id.
1153	I	37	4100	220	id.
1513	II	36	4450	250	id.
1523	I	34	4400	450	id.
1550	II	35	4450	570	id.
1850	I	35	4950	350	id.
1580	I	35	4950	400	Asc'te Bordet
1683		37	4400	340	Macéré
1220		34	4150	370	id.
1269		36	4400	350	id.

Année 1919

1490	I	37	1450	240	Macéré
1530	I	36	1500	500	id.
1697	II	35	1090	400	id.
1747	I	36	1190	450	id.
1471	II	37	1300	350	Pemphigus
1463		36	1300	350	Excès de liquide
463	III	35	1400	800	Ascite Pemphigus
446	IV	37	1400	320	Macéré
444	II	35	1400	700	id.
392	II	35	1300	400	Anencéphale. - Excès de liquide amniotique

Nous obtenons ainsi une moyenne de 35 cm. pour la longueur du fœtus, 1340 gr. pour son poids et 388 gr. pour le placenta.

II. — Observations concernant les prématurés syphilitiques d'une longueur moyenne de 40 cm., c'est-à-dire à la fin du 7^e mois de la gestation.

Année 1920

N ^o Observation	Parité	Longueur du Fœtus	Poids du Fœtus	Poids du Placenta	Observations
292	I	40	1550	550	Macéré
637	I	40	1700	400	id.
655	I ^{VI}	42	2050	850	Pemphigus
764	VIII	40	1820	750	Macéré
797	II	42	1200	300	id.
1189	III	42	2000	750	id.
1382		40	2100	600	id.
1508	IV	41	1750	360	id.
1574	I	41	1800	500	id.
1592		39	1400	480	Bordet positif
1668		40	1600	600	id.

Année 1919

1629	I	40	1950	450	Excès de liquide
1636		40	1500	400	Macéré
488	I	41	1300	390	id.
494		42	1350	300	Macéré - Hydramnios
655		41	2000	450	Macéré
45		40	2050	600	Eviscération, Pemphigus
617		39	1500	600	Macéré

Année 1918

1945		42	2050	400	Macéré
1931		40	1850	400	id.
1084		42	1550	400	Pemphigus
1194	II	41	2100	600	Syphilides

Longueur moyenne 40 cm.

Poids moyen du fœtus 1784 gr.

Poids moyen du placenta 504 gr.

III.- Observations concernant les prématurés
syphilitiques de 45 cm., c'est-à-dire à la
fin du 8^e mois.

Année 1920

N° Observation	Parité	Longueur du Fœtus	Poids du Fœtus	Poids du Placenta	Observations
25	I	46	2650	520	Macéré
26	II	46	2600	400	Syphilides
373	I	47	2050	500	Pemphigus
382	II	44	2050	580	id.
545	I	45	2000	550	Ascite Pemphigus
668	I	45	2250	650	Pemphigus
1739	I	46	2100	370	Macéré
1089	III	46	2100	550	id.
1368		45	2100	600	id.

Année 1919

1479		43	2200	600	Macéré
1521		43	1940	350	id.
1684		44	2150	400	id.
1470		44	2250	570	Ascite Pemphigus
435		47	2700	450	Syphilides
325		43	2650	600	Macéré hydramnios
323	IV	43	2350	650	Macéré
611	VII	46	2800	500	6 macérés antérieurs
635		43	2770	650	Macéré
1979		43	2200	450	id.
1977		43	2400	400	id.

Longueur moyenne du fœtus 45 cm. 3.

Poids moyen du fœtus 2314 gr. 5.

Poids moyen du placenta 510 gr.

Cette nouvelle étude nous indique, pour un prématuré syphilitique :

1° De 35 cm. de longueur, c'est-à-dire à la fin du 6^e mois de la gestation :

Le poids du fœtus est de 1340 gr.

Le poids du placenta est de 388 gr.

Soit un rapport de 1/3,4 au lieu de 1/4 à l'état normal.

2° Pour un fœtus syphilitique de 40 cm., c'est-à dire à la fin du 7^e mois :

Le poids du fœtus est de 1784 gr.

Le poids du placenta est de 504 gr.

Soit un rapport de 1/3,5 au lieu de 1/5.

3° Enfin pour un prématuré de 45 cm. 3, c'est-à-dire à la fin du 8^e mois :

Le poids du fœtus est de 2314 gr. 5.

Le poids du placenta est de 510 gr.

Soit un rapport de 1/4,5 au lieu de 1/5,8.

Nous connaissons maintenant, le rapport qui existe entre le poids du fœtus normal et celui de son placenta, nous savons également combien ce même rapport est différent chez le prématuré syphilitique. Pour avoir maintenant, une idée de l'ensemble symptomatique de l'accouchement prématuré spécifique, il nous faut parler de l'aspect du fœtus et de celui de l'arrière faix.

Etude clinique du fœtus syphilitique

Les manifestations que détermine la syphilis sur le produit de la conception sont fort nombreuses.

Nous savons que la syphilis antéconceptionnelle, conceptionnelle et post conceptionnelle, provoque suivant ses degrés de virulence, soit l'avortement embryonnaire dont nous ne nous occuperons pas ici, soit l'accouchement prématuré, après une rétention plus ou moins longue, d'un enfant mort et macéré, soit enfin d'un enfant vivant porteur de stigmates.

Le macéré est-il à lui seul un signe pathognomonique de syphilis ?

Il n'est pas possible de répondre par l'affirmative. La macération n'est pas une altération de nature spécifique, on sait depuis longtemps que tout fœtus macéré n'est pas forcément atteint de « vice vénérien ». Toutefois la durée de rétention est généralement plus longue dans la syphilis que dans les autres affections qui peuvent provoquer la mort fœtale. Elle atteint 12, 15 jours et souvent davantage, aussi le fœtus est-il expulsé dans un état de macération prononcée.

Ajoutons qu'il est d'ailleurs très rare à ce stade de ne pas trouver trace de l'inoculation maternelle.

A un degré de moindre virulence l'enfant naît vivant porteur de syphilides cutanées dont le type est le pemphigus.

Celui-ci existe le plus souvent à la fin de la première

semaine par la formation à la paume des mains à la plante des pieds, de taches vineuses, puis l'épiderme se soulève en bulles remplies de sérosité, qui renferment un grand nombre spirochètes.

Dans d'autres cas, ce sont des manifestations vicérales qui attirent l'attention : l'hypertrophie palpable de la rate et du foie, l'ascite, les gommès pulmonaires.

Souvent même « c'est un enfant bien développé pour lequel rien ne permet de prévoir une mort aussi rapide, sans raisons anatomiques connues, dans les premiers jours qui suivent sa naissance, c'est ce qui a été si bien nommé son inaptitude à la vie ⁽¹⁾ ».

Dans d'autres cas encore le seul symptôme qui peut faire préjuger de l'infection spécifique, est l'hydramnios constaté au cours de la grossesse.

Enfin ce prématuré, sans aucune lésion apparente, présentera une débilité et une hypotrophie particulières, à une échéance plus lointaine de l'hydrocéphalie, un coryza syphilitique ou les nombreux stigmates de l'hérédoinfection.

Étude clinique du placenta syphilitique

A côté des différentes manifestations qui marquent une empreinte plus ou moins profonde sur le fœtus, nous retrouvons à l'examen de l'arrière faix quelques particularités cliniques qui permettent de retrouver la trace de l'entité morbide.

Au premier rang l'hypertrophie placentaire dont nous avons mesuré les degrés. En effet, à part de très rares exceptions où l'on rencontre un placenta trop lourd (dans les intoxications telles que l'alcoolisme, le saturnisme, l'hydrargyrisme), cette hypertrophie par sa fréquence extrême, prend l'allure d'un véritable signe pathognomonique.

Enfin l'aspect macroscopique de l'arrière faix, mou et friable, rappelant par sa pâleur la matière cérébrale le distingue facilement du placenta petit et truffé de l'albuminurie, ainsi que du délivre normal.

(1) Fournier.

CHAPITRE III

Accouchement prématuré de cause inconnue

Dans quels cas peut-on incriminer la Syphilis ?

L'accouchement prématuré d'origine spécifique paraît donc se présenter sous l'ensemble symptomatique suivant :

- 1° Poids du placenta très élevé par rapport à celui du fœtus.
- 2° Altération du produit de conception allant depuis la macération, les lésions cutanées et viscérales, jusqu'à l'inaptitude à la vie.
- 3° Le placenta pâle, anémique, mou et friable, ajouté aux signes précédents paraît être caractéristique.

.. Poursuivant notre étude, nous nous sommes demandé si, parmi les causes inconnues des interruptions prématurées de la gestation, en dehors des manifestations apparentes de la syphilis, on ne retrouvait pas quelques analogies avec l'ensemble symptomatique de l'accouchement prématuré spécifique.

Nous avons retrouvé dans les 55 observations qui suivent, certaines ressemblances cliniques, qui, ajoutées à la prématurité, semblent nous ramener au diagnostic de la syphilis.

Observations concernant les accouchements prématurés de causes inconnues, avec le poids du fœtus, son âge, le poids du placenta et le rapport du poids du prématuré à celui du délivre.

Année 1920

N ^o Observation	Longueur du fœtus	Poids du fœtus	Poids du Placenta	Rapport	Observations
20	38	1850	450	1/4	Débile décédé le 3 ^e jour
21	43	2250	500	1/4, 1	Sorti vivant
30	45	2380	520	1/4, 5	id.
88	37	1080	305	1/3, 5	Débile décédé
90	43	2150	400	1/5, 4	Sorti vivant
107	39	2080	400	1/5, 2	id.
112	42	2150	350	1/6, 1	id.
161	40	1300	300	1/4, 1	Mort-né
171	35	1060	350	1/3	Débile décédé
188	44	2050	280	1/7, 4	Sorti vivant
204	45	2300	400	1/6	id.
205	33	1100	300	1/3, 7	Mort-né
207	44	1610	450	1/3, 5	Débile décédé
223	40	1950	400	1/5	id.
237	40	2000	310	16/4	Enfant sorti vivant
277	45	2700	550	1/5	Mort-né
282	32	1600	270	1/5, 8	Débile décédé

285	32	1050	380	1/2, 7	Débile décédé
328	40	1800	350	1/5, 3	id.
331	44	2250	380	1/5, 9	Enfant vivant
333	40	1950	400	1/5	Débile décédé
334	45	2200	350	1/6, 2	Enfant vivant
342	45	2050	300	1/6, 9	Sorti vivant
347	44	1650	500	1/3, 3	Décédé
362	40	1450	225	1/6, 5	Mort-né
365	47	2100	400	1/5	Enfant vivant
367	47	2200	410	1/5, 3	Siège mort-né
374	47	2250	400	1/5	Sorti vivant
441	38	1480	450	1/3, 3	Décédé
472	40	1700	400	1/4	id.
483	39	1650	300	1/5, 5	Décédé 2 jours après accouchement
486	39	1500	450	1/3, 3	Décédé
532	44	2260	420	1/4, 6	Vivant
538	40	1400	375	1/3, 7	Mort après naissance
540	44	2200	450	1/5	Vivant
543	44	2350	400	1/6	id.
549	40	1900	310	1/6	Décédé
551	40	1800	330	1/5, 4	Vivant
575	40	1950	290	1/7	id.

595	45	2250	400	1/5, 2	Vivant
602	42	1500	380	1/4, 6	Epaule-mort-né
641	43	2100	480	1/4, 3	Décès de suite
773	42	1400	400	1/3, 5	Débile décédé
803	43	2250	250	1/8	Vivant
835	43	1800	500	1/3, 6	Décédé
851	45	2250	400	1/5, 5	Vivant
855	45	2250	300	1/7	id.
869	40	1850	300	1/5, 8	id.
886	40	1450	300	1/5	id.
1691	37	1650	230	1/7	id.
1705	30	1000	250	1/4	Mort-né
1717	44	2050	450	1/5	Vivant
1719	43	2130	450	1/4	id.
1724	35	1050	230	1/4	Débile décédé

Au cours de cette longue énumération, nous avons indiqué en chiffres gras les observations dans lesquelles le rapport entre le poids du fœtus et celui de son placenta était égal à $1/3$ à la fin du sixième mois, à $1/3,5$ à la fin du septième mois, et à $1/4,5$ à la fin du huitième mois, comme dans nos accouchements prématurés syphilitiques.

Nous avons suivi le développement de ces enfants avant terme, jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Sur 15 de ces enfants, dont l'accouchement s'était accompagné d'une hypertrophie placentaire dans les proportions

énoncées ci-dessus, 2 seulement étaient sortis vivants tandis que les 13 autres mouraient soit immédiatement après la naissance, soit dans les quelques jours qui suivaient, nous notons ainsi une mortalité de 86 $\frac{0}{0}$, tandis que nous n'observions qu'une mortalité de 13 $\frac{0}{0}$ chez les enfants dont la naissance précoce, s'était accompagnée d'un placenta normal.

Si nous mettons de côté quelques exceptions parmi lesquelles nous avons trouvé chez la mère quelques stigmates d'hérédospecificité, tels que : un gros crâne, un nez déprimé, des dents mal plantées, quelquefois même un Bordet positif ; chez le fœtus quelques lésions viscérales : hypertrophie du foie, gommès pulmonaires, dans la plupart des cas nous avons vu ces enfants mourir « presque subitement, sans raisons anatomiques connues » et présentant au dernier point « cette inaptitude à la vie » décrite par le professeur Fournier.



CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons constaté :

- I. — Que l'interruption spontanée et prématurée de la grossesse reconnaissait pour cause :

La syphilis dans 30 % des cas

L'albuminurie dans 8,5 %.

Les insertions basses du placenta dans 7,6 %.

La Bacillose 2,3 %.

Causes diverses 4 %.

Causes inconnues 48 %.

- II. — Que le rapport du poids du placenta à celui du fœtus à l'état normal était égal

à la fin du 6^e mois à $1/4,5$

à la fin du 7^e mois à $1/5$

à la fin du 8^e mois à $1/5,8$

Tandis que ce même rapport dans la syphilis tombait à

$1/3,4$ à la fin du 6^e mois ou au début du 7^e

à $1/3,54$ à la fin du 7^e ou au début du 8^e

à $1/4,5$ à la fin du 8^e ou au début du 9^e.

- III. — Nous avons noté que l'accouchement prématuré dont la cause était la syphilis,

se présentait sous un aspect clinique caractérisé :

a) par un poids du placenta très élevé par rapport à celui du fœtus.

b) Par une altération plus ou moins marquée du produit de conception.

c) Par un aspect pâle caractéristique du délivre.

IV. — Enfin parmi les causes inconnues qui interrompent prématurément la grossesse, nous trouvions dans 30% des cas une hypertrophie placentaire variable suivant l'âge de la conception. Cette hypertrophie s'accompagnait d'une mortalité fœtale de 86 %, au lieu de 13 % dans les cas normaux, et, la mort subite de ces prématurés, ressemblait à n'en pas douter, à celle des fœtus avant terme, syphilitiques « inaptes à la vie ».

Il nous a paru permis de conclure, que sans manifestation actuellement apparente de l'hérédo syphilis, l'hypertrophie placentaire, jointe à la prématurité est un signe quasi pathognomonique d'infection vénérienne, et que, dans tous les cas, il apparaîtrait comme très imprudent de confier un enfant sain à une nourrice, à plus forte raison primipare, qui dans un accouchement prématuré récent aurait présenté de l'hypertrophie placentaire.

BIBLIOGRAPHIE

MILLET. — Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie placentaires (Thèse de Paris, 1861).

LEMPEREUR. — Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel (Thèse de Paris, 1867).

CORREA DIAS. — De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis (Thèse de Paris, 1890-91).

ZENTLER (M). — Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta (Thèse de Paris, 1891).

BRIDIER. — Recherches sur le rapport du poids du fœtus au poids du placenta dans l'albuminurie et la syphilis (Thèse de Paris, 1892).

SCHMITH (J. H). — The relation of the weight of the placenta to the weight of the child (Ann. gynecol. J. Toledo).

MERSON (F). — Du rapport entre le poids de l'embryon et du fœtus et le poids du placenta aux différents âges de la grossesse. - Étude statistique (Thèse de Paris, 1907).

MALACARNE (R). — Valore clinico della proporzione tra il peso del feto e quello dei suoi annessi (proporzione feto-annessiale).

(Art. Ostet. Milano, 1909, XIII, p. 189-202).

HUTINEL & HUDELO. — Etude sur les lésions supphilitiques chez les fœtus et les nouveau nés (Archiv. de Médecine expérimentales, juillet 1890, pa. 5091).

PLANCHU. — Rapport du poids du placenta et du poids de l'enfant dans le diagnostic de la syphilis héréditaire latente (Anal. in l'Obstétrique, avril 1909, page 289).

SCHAWB. — De la syphilis du placenta (Paris, 1896).

WALLICH & LEVADITI. — Recherches sur la syphilis du placenta (Ann. de Gyn. et d'Obstétr. février 1906).

BUDIN & DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement 1904.

PETIT. — Thèse de Lyon, 1904.

RIBEMONT-DESSAIGNES & LEPAGE. — Précis d'Obstétrique 1896.

WALLICH. — Eléments d'Obstétrique 1910.

BAR, BRINDEAU & CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements 1907.

TARNIER & CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements 1888.

MAYGRIER. — Précis d'Obstétrique.

DEMELIN. — De l'influence de la syphilis sur la grossesse. (Revue médicale française, décembre 1920).



